## 「高額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書」の記入にあたって

富士通健保を抜けた後に加入した健保等へ、「高額介護合算療養費支給申請」を行う方で、**富士通健保加入時の『自己負担証明書』が必要となる場合に、**この申請書を提出してください。

## [提出先]

- 従業員の場合: ① 富士通 及び富士通研究所の方 ・・・ 人事・総務サービスセンター(社内メール先: 川崎工場 本-0733)
  - ② ①以外の関係会社の方・・・・ 各社総務人事担当部門

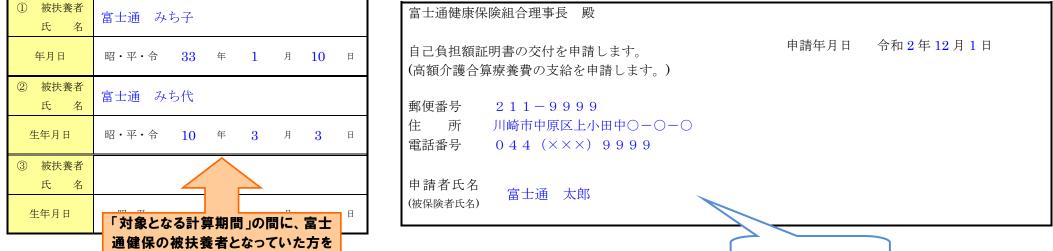
特例退職・任意継続被保険者、または退職者の場合: 富士通健康保険組合へ直接郵送ください。 (〒211-0063 神奈川県川崎市中原区小杉町 3-264-3 ユニオンビル 4 階)

# 高額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

# 常務理事 事務局長 提長 担当

## 太枠の中を記入ください。

申請対象年度	平・令 20	年度対象と	なる計算期間	平•令 20	年	4 月:	から 平・令 2	1 年 7	月まで	~	ページ数	1	枚	中	1	枚目
フリガナ 申請者氏名(被保険者氏名)		フジツウ タロウ 富士通 太郎					生年月日	昭・平・令	30	年	1	月	1	F	性別	男
被保険者証 (記号-番号)		9999 — 123456				計算期間の末日において加入する医療保険者の名称			○○市 国民健康保険							
被保険者	金融	<b>独機関名</b>	3	定店名		種	目		口座番号			フリガナ				
振込先口座												口座名義				



ご記入ください。4名以上の場合に 月 日~平・令 年 日 は、申請用紙を複数枚ご利用くださ 加入期間 健保記入欄 ① 日~平・令 年 月 日 い。 (2)<del></del> 日~平・令 年 月 日 平•令 ③被扶養者 月 日~平・令 年 月 日 支給金額 整理番号 支給日

押印は不要です。

# 高額

額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書													
						常務理事		事務局長		課長		担当	
申請対象年度	平・令	年度	対象となる計算期間	平•令	年 月か	ら 平・令	年	月まで	ページ数		枚中		枚目
フリガナ													
申請者氏名(被保険者氏名)					生年月日	昭・平・令		年	月	日	性別		
被保険者証	(記号-番号)		_		計算期間の末	5日において加入	する医療保険者の	の名称					
被保険者	金融機関名			支店名 種			口座番			フリガナ			
振込先口座	<u>e</u>			普通・当座		<ul><li>その他</li></ul>			口座名義				
													1

①被扶養者 氏 名				
生年月日	昭・平・令	年	月	日
②被扶養者 氏 名				
生年月日	昭・平・令	年	月	日
③被扶養者 氏 名				
生年月日	昭・平・令	年	月	目

富士通健康保険組合理事長 殿 申請年月日 令和 年 月 日 自己負担額証明書の交付を申請します。 (高額介護合算療養費の支給を申請します。) 郵便番号 住 所 電話番号 申請者氏名 (被保険者氏名)

健保記入欄	加入	被保険者	平•令	年	月	日~平・令	年	月	日
		①被扶養者	平•令	年	月	日~平・令	年	月	日
	入 期 間	②被扶養者	平•令	年	月	日~平・令	年	月	日
		③被扶養者	平•令	年	月	日~平・令	年	月	日
	整理番	<b>等号</b>		3	支給金額		支給日		